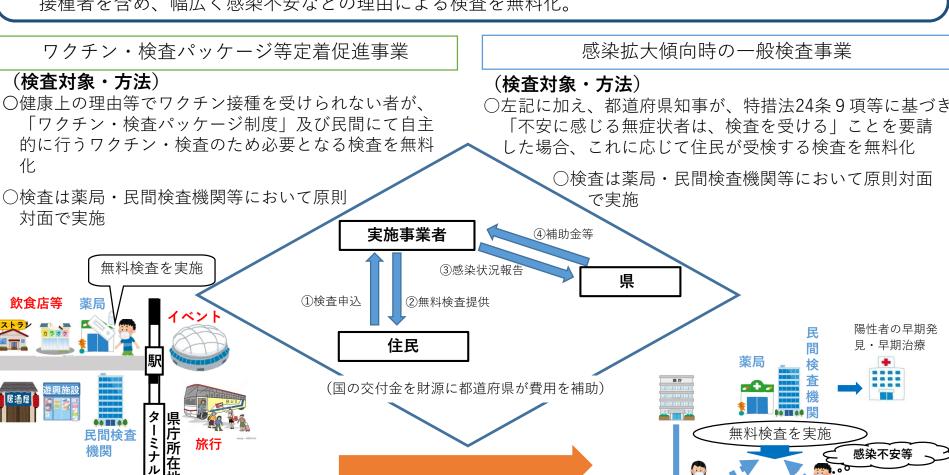
- 感染対策と日常生活の両立を図る手段として、「ワクチン・検査パッケージ」等の利用を促し、検査の受検を浸透させるため、健康上の理由等によりワクチン接種が出来ない者の検査を無料化。
- 感染拡大の傾向が見られる場合には、都道府県知事の判断により、自己の意思に基づく未接種者、ワクチン接種者を含め、幅広く感染不安などの理由による検査を無料化。



感染拡大時には、検査のネットワーク

を活用して対象者を大幅に拡大

ワクチン・検査パッケージ等定着促進事業については令和3年度内に限り実施

※内閣府資料より抜粋

「法**24条9**項等」

に基づく要請

岩手県PCR等無料検査申込書

<u>×</u>	原則、申込者本人が記載してください。	申込日	令和	年	月	日
1	検査申込者(本人確認)					
	氏名:	住所:岩手県				
	電話番号:	メールアドレス:			@	
	性別:	生年月日:				
2	希望する検査(いずれかに☑を記□ 1. 抗原定性検査(検査後、20分□ 2. PCR検査等(検査後、後日核	程度で検査結果を	とお渡し		す)	
3	検査利用回数					
	回 ← 1. 過去に利用した、					
	回 ← 2.1のうち、今月のラ	利用回数				
4	検査の目的(いずれかに☑を記入 □ 1. 飲食・イベント・旅行・帰省等(ワクチン・検査パッケージ制度区 【証明書を利用するイベント等の概要申立書の提出が必要です。】	等の経済社会活動 スは対象者全員検	· を行う <i>†</i> 査等)		: <u>又は</u>	
	□ 2. 感染不安があるため(知事が 受	そ検要請をしてい	る場合の	みが対	<u>象</u> です	•)
	□ 3. その他 → 有料検査					
(確認・同意事項) (<u>全てに☑を記</u> 〕	した場合のみ	が対象	となり	ます。	,)
	検査当日は発熱や体調不良等の状況では	はありません				
	今回の検査が医療行為としての検査では	はないことを理解	していま	す		
	仮に検査結果が陽性であった場合には図					b
	- 上記項目につき、虚偽がないことを証す った場合には岩手県に提出 されることが					

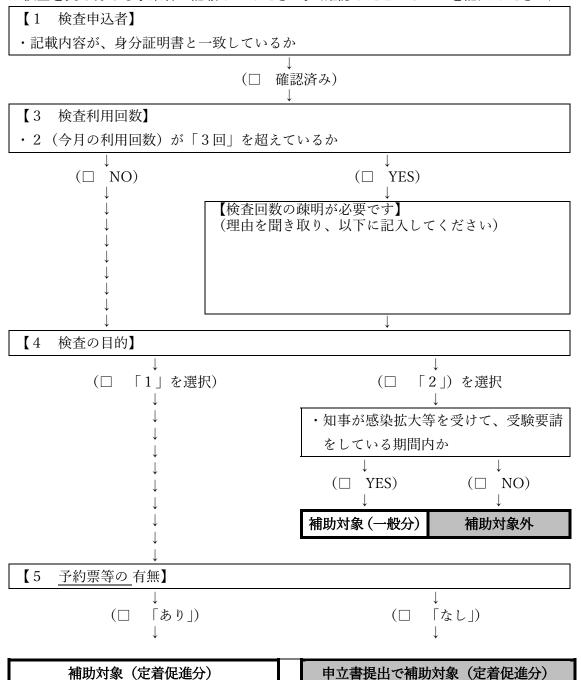
※1 ご申告いただいた内容が虚偽であることが判明した場合、検査費用の負担を求めるほか、岩手県が必要と認める措置を講じる場合があります。

所から連絡が入る場合があることについて同意します。

※2 次回の検査申込に当たっては、PCR 検査等の結果通知書等の有効期間が3日間とされていること及び抗原定性検査の結果通知書等の有効期間が1日間とされていること等も踏まえ、前回の検査から経過した日数等を考慮の上、申込を行うようお願いします

受付事務局確認用フローチャート

※検査を受け付ける事業者が記載してください。(確認したところに☑を記入ください)



申立書

私は、月日に、以下の活動(飲食、イベント、旅行・帰
省等)を行うに当たり必要であるので検査を受検します。
 (活動の概要) ※飲食、イベント、旅行・帰省等の別について記載するとともに、店舗の名称や場所等が確定している場合は、その名称等についても、可能な限り記載してください。 活動: 飲食 / イベント / 旅行・帰省 /
その他(具体的に:
詳細:
(確認事項)□上記内容につき、虚偽がないことを証するとともに、本申立書は 岩手県から求めがあった場合には岩手県に提出されることがある ことについて同意します。
氏名:

検査結果通知書

- この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」等においてのみ有効です。
- 入店・入場等の際に、身分証明書とともに提示してください。
- 本通知書における検査結果は、新型コロナ感染者の患者であるかどうかの診断結果を示すものではありません。

<u>陽性の万は、人場・人店等できません。速やかに医療機関を受診してください。</u>
ロ 受検者氏名(フリガナ)
□ 検体採取日 ^{※1} <u>2022 年 月 日</u>
□ 検査結果 <u>陰性 • 陽性 • 判定不能^{※2}</u>
□ 検査結果の有効期限 ^{※3} <u>2022 年 月 日</u>
□ 検査方法 PCR 検査等 · 抗原定性検査
□ 検体 ・ 鼻腔ぬぐい液
□ 使用した検査試薬又は検査キット名
※1 検査日のみがわかる場合は検査日を記入。抗原定性検査の場合は検査日。※2 判定不能は陰性として取り扱うことはできないため、再度の検査を受けてください。その際、 適宜検査の申込みをした事業者等とご相談ください。※3 有効期限: PCR 検査等は採取日+3日、抗原定性検査は検査日+1日
□ 事業所名(又は検査所名) ^{※4}

※4 PCR 検査等・抗原定量検査の場合は、検査分析を行った検査所名を記載。

【陽性の場合】

□ 検査管理者氏名

□ 速やかに受診・相談センターに電話し受診先について相談してください 電話番号 019-651-3175

(紙で発行する場合の記載例) 検査結果通知書

- · この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」等においてのみ有効です。
- ・ 入店・入場等の際に、身分証明書とともに提示してください。
- 本通知書における検査結果は、新型コロナ感染者の患者であるかどうかの診断結果を示すものではありません。

陽性の方は、入場・入店等できません。速やかに医療機関を受診してください。

□ 受検者氏名	<u>例:岩手 太郎 (フリガナ イワテ タロウ</u>))
□ 検体採取日*1	202〇年〇月〇日	
□ 検査結果	<u>陰性</u> - 陽性 - 判定不能 ^{※2}	
□ 検査結果の有効期	限 ^{※3} <u>202〇年〇月〇日</u>	
□ 検査方法	PCR 検査等 · 抗原定性検査	
□ 検体	唾液 - 鼻腔ぬぐい液	
口 使用した検査試薬	又は検査キット名OO_OO	
※2 判定不能は陰性と 適宜検査の申込みを	る場合は検査日を記入。抗原定性検査の場合は検査日。 して取り扱うことはできないため、再度の検査を受けてください。その際、 した事業者等とご相談ください。 査等は採取日+3日、抗原定性検査は検査日+1日	
□ 事業所名(又は検	查所名) ^{※4} <u>例:岩手検査場</u>	
□ 検査管理者氏名	例:岩手 次郎	_

※4 PCR 検査等・抗原定量検査の場合は、検査分析を行った検査所名を記載。

【陽性の場合】

□ 速やかに受診・相談センターに電話し受診先について相談してください 電話番号 019-651-3175

		1			<u> </u>	□ \#		一般検査)国			:サイズ【A4】 l合計	
<i>/</i>	N33 🗀	カイト	. + +		定着位		4 =2		一般		4- 1 2	検査者		- 過行	11 計	
年月日	曜日			1Z成 PCR		PCR	生者	PCR	抗原定性		生者 抗原定性	合計		検査件数	陽性者	陽性率
50.10.00		PCR	几原 正日	PCK	几原正1	PCR	抗原定性			PCR	机原疋性					
R3.12.20	<u>月</u>															
R3.12.21	火															
R3.12.22	水															
R3.12.23	木															
R3.12.24	金															
R3.12.25	土															
R3.12.26	日															
R3.12.27	月															
R3.12.28	火															
R3.12.29	水															
R3.12.30	木															
R3.12.31	<u></u> 金															
	<u></u> 土															
R4.1.1																
R4.1.2	<u> </u>															
R4.1.3	月															
R4.1.4	火															
R4.1.5	水															
R4.1.6	木															
R4.1.7	金															
R4.1.8	土															
R4.1.9	日															
R4.1.10	月															
R4.1.11	火															
R4.1.12	水															
R4.1.13	木															
R4.1.14	金															
R4.1.15	土															
R4.1.16	日															
R4.1.17	月															
R4.1.18	火															
R4.1.19	水															
R4.1.20	木															
R4.1.21	金															
R4.1.22	土															
R4.1.23																
R4.1.23	 月															
R4.1.25	火															
R4.1.26	水															
R4.1.27	木				<u> </u>	□ \#-			60	+						
年月日	曜日			ı	定着位		生者		一般	検査	生者	検査者				
千月口	唯口	P(CR	抗原	定性	PCR	抗原定性	PCR	抗原定性	PCR	抗原定性	合計				
R4.1.28	金					1 011	カリカスた 江工				カの水に圧					
R4.1.29	土															
R4.1.29	日															
R4.1.31	月															
R4.2.1	火															
R4.2.2	水															
R4.2.3	木															
R4.2.4	金															
R4.2.5	土															
R4.2.6	日															
R4.2.7	月															-
	_		_	_												

													1	※用紙サイズ【A4】			
					定着值			<u></u>	一般			検査者		週台	計		
年月日	曜日			12歳			生者	PCR	抗原定性		生者	合計		検査件数	陽性老	陽性家	
		PCR	九原定性	PCR	1原定性	PCR	抗原定性	1 010	1) (I/) (IL	PCR	抗原定性			以且川奴	I// IT.E	100 II ++	
R4.2.8	火																
R4.2.9	水																
R4.2.10	木																
R4.2.11	金																
R4.2.12	土																
R4.2.13	日																
R4.2.14																	
R4.2.15	火																
R4.2.16	水																
R4.2.17	木																
R4.2.18	金																
R4.2.19	土																
R4.2.20	日																
R4.2.21	月																
R4.2.22	火								<u> </u>		<u> </u>						
R4.2.23	水											-					
R4.2.24	木																
R4.2.25	金																
R4.2.26	土																
R4.2.27	日																
R4.2.28	月																
R4.3.1	火																
R4.3.2	水																
R4.3.3	木																
R4.3.4	金																
R4.3.5	<u>±</u>																
R4.3.6	日																
R4.3.7	月																
R4.3.8	火																
R4.3.9	水																
R4.3.10	木																
R4.3.11	金																
R4.3.12	土																
R4.3.13	日																
R4.3.14	月																
R4.3.15	火																
R4.3.16																	
R4.3.17	木																
R4.3.18	金																
R4.3.19																	
R4.3.19																	
R4.3.21	月																
R4.3.22	火																
R4.3.23	水																
R4.3.24	木																
R4.3.25	金																
R4.3.26	土																
R4.3.27	日												-				
R4.3.28	月																
R4.3.29	火																
R4.3.30	水																
R4.3.31	- 木																
1	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	1		l			<u> </u>		<u> </u>		<u> </u>						

- ・【月曜日〜日曜日】までの結果を、翌週水曜日までに報告ください(月〜日に満たない途中経過のご報告は不要です)
- ・ご報告はエクセルファイルでお願いいたします。

【別紙4-1】ワクチン・検査パッケージ無料検査定期(週次)報告

R4.1.21 R4.1.22 R4.1.23

R4.1.24

R4.1.25

R4.1.26 R4.1.27

R4.1.28

R4.1.29 R4.1.30 日

月

水

木

金

日

事業者名 <u>事業者名を必ず記載ください</u>

※用紙サイズ【A4】 定着促進 一般検査 週合計 検査者 年月日 曜日 抗原定性 PCR 抗原定性 検査件数 陽性者 陽性率 合計 PCR 抗原定性 PCR 抗原定性 月 R3 12 21 水 R3.12.22 水 R3.12.23 木 金 R3.12.24 R3.12.26 日 検査をしていない場合でも R3.12.27 月 **必ず「0」(数値のゼロ)を記** R3.12.28 火 載してください R3.12.29 水 R3.12.30 木 R3.12.31 金 実施した数を記 R4.1.1 土 検査を実施した合計数を 検査結果が陽性の数を記載 載してください R4.1.2 B 陰性ならば「0」(数値のゼ 記載してください 実施していなけ R4.1.3 月 実施していなければ「o」 口)を記載してください れば「0」(数値 R4.1.4 火 (数値のゼロ)を記載してく のゼロ)を記載し R4.1.5 水 ださい てください R4.1.6 木 [0] [-1 R4.1.7 「×」のような実 R4.1.8 R4.1.9 日 R4.1.10 月 R4.1.11 火 R4.1.12 R4.1.13 木 R4.1.14 金 R4.1.15 \pm R4.1.16 R4.1.17 月 R4.1.18 火 R4.1.19 水 R4.1.20 木

/N +1/	《事業美地からトーダルのNOを附留する		->110 C [1] E 7	5 C C 6				1.	※用机り1	7. [7.12
							区分		食査件数	/± m
				0	過去に利用した	(該当する	ものに○)	(該当す	するものに○)	結果
No.	年月日	曜日	氏名	住所	無料検査の回数			定着促进	他 一般検査	(陽性の場合
					無行快量の四数	PCR	抗原定性	ワクチン 12) 告	は()
									感染不安 慈染不安	
1										
2										
									-	
3										
4										
									$\overline{}$	
5										
6										
-										+
7										
8										
										
9										
	- /					接種	区分	杉	食査件数	
令	和4年1月28	日以降			\B + 1= *11 FB 1	(該当する	ものに()	(該当日	するものに○)	結果
No.	年月日	曜日	氏名	住所	過去に利用した	(10, 11, 10	0131207	(#\)	1	(陽性の場合
					無料検査の回数	PCR	抗原定性	定着促进	鱼 一般検査	(tO)
						1 011	300000	7C/11/C/		Va. ()
1.0									-	
10										
11			<u> </u>]
										
12										
13										Ι Π
										
14										
15										[
										
16										
17										
									+	
18										
19										
									-	
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
							ļ			
28										
									_	
29							ļ			
30										
31									_	
32										
									-	+
33										
34										
35										
36										
										
37			<u> </u>			<u> </u>				
38										
										
39			<u> </u>			<u> </u>				
40										
										
41										
42										
-			ļ				ļ			_
43										
44										
45										
-										
46										<u> </u>
47										
لنب	<u> </u>		<u>I</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	İ			1

※事業美施がら下一						接種区分		検査	※ 円 恥 リ 1 件 粉	
No 年日日										結果
No.	年月日	曜日	氏名	住所	過去に利用した	(該当する	ものに○)	(該当する 定着促進	ものに○) 一般検査	(陽性の場合
140.	T/1 H	FE II	20-11	12//1	無料検査の回数	PCR	抗原定性	上 信		(陽性の場合
						1 010	カロバ 人工 二工	70 mm 12歳 未接種 未満	感染不安	(d.O.)
48								21570		
49										
50										
51										
52										
53										
54										
55										
56										
57										
58										
59										
60										
					1					
61										
62										
63										
64										
65										
66										
67										
68										
69										
70										
71										
72										
73										
74										
75										
76										
77										
78										
79										
80										
81										
82										
83										
84										
85										
					1					
86										
87										
88										
89										
					1					
90										
91										
92										
93										
					1					
94										
95										
96										
97					1					
					1					
98										

74(3.7	1,70,000		プロNOを削留する	3 0	1	拉铥	区分	検査	次用 似り 1	1
										結果
No.	年月日	曜日	氏名	住所	過去に利用した	(該当する	ものに○)	(該当する 定着促進	ものに())	(陽性の場合
110.	1731	·E H	2011	12//1	無料検査の回数	PCR	抗原定性	<u>アクチン</u> 12歳		は○)
						1 011) b) (/C I	未接種 未満	感染不安	V&-C)
99										
100										
-										
101										
102										
103										
104										
105										
106										
107										
108										
109										
110										
111										
112										
113										
114										
115										
116										
117										
118										
119										
120										
121										
122										
123										
124										
_										
125										
126										
127										
128										
129										
130										
131										
132										
133						<u> </u>		<u> </u>	<u></u>	
134	-									
135										
136										
137										
138										
139										
140										
141										
142										
143										
144										
145										
146										
147										
148										
149										
149					<u> </u>					

7.5	117 (30:1-2		グバロを削留する	I .	1	拉铥	区分	検査	※用恥り1	
										結果
No.	年月日	曜日	氏名	住所	過去に利用した	(該当する	ものに○)	(該当する 定着促進	ものに())	(陽性の場合
140.	T/1 H	唯口	20-11	12771	無料検査の回数	PCR	抗原定性	<u> </u>		は()
						1 011) b) (/C I	未接種 未満	感染不安	V&-C)
150										
151					-					
152										
153										
154										
155										
156										
157										
158										
159										
160										
161										
162										
163										
164										
165										
166										
167										
168										
169										
170										
171										
172										
173										
174										
175										
176										
177										
178										
179										
180										
181										
182										
183										
184										
185										
186										
187										
188										
189										
190										
191										
192					1					
193										
194										
195										
196										
-					+					
197										
198										
199										<u> </u>
200										
لتنا				I.	-1	l		l		i

- ・別紙4-1で報告した検査数と合致するように確認をお願いいたします。
- ・必ず別紙4-2も含めてご報告をお願いいたします。
- ・ご報告はエクセルファイルでお願いいたします。

【別紙4-2】ワクチン・検査パッケージ無料検査実施報告

事業者名 事業者名を必ず記載ください

※田紙サイズ【A4】

※事	業実施からト-	- タルの	Noを附番する	こと。						※用紙サイ	ズ【A4】
						接種	区分		検査件数		
١	/	n22		/s ==	過去に利用した無	(該当する	ものに()	(該	当するものに	:()	結果
No.	年月日	曜日	氏名	住所	料検査の回数	0.00	455		促進	一般検査	(陽性の場合
	/					PCR	抗原定性	ワクチン 未接種	12歳未満	感染不安	は()
1	2021/12/28	В	岩手 太郎	岩手県盛岡市内丸10番1号	0		0	不按性			
2		/1	有于 八郎	石于宋盖岡中門2010日17	0		0	0			
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25							1		1		
23											